

DISSERTATION

N° 141.



SUR

LA CATARACTE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 21 juillet 1828, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR BRUTUS RICHARD, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure.

*Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ
ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non
sanat, ea insanabilia existimare oportet.*

HIPP. Aph. 6, sect. 8.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie.....	CRUVEILHIER, <i>Président.</i>
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN fils, <i>Suppléant.</i>
Histoire naturelle médicale.....	CLARION, <i>Examineur.</i>
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL, <i>Examineur.</i>
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON, <i>Examineur.</i>
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX.
Clinique médicale.....	{ CAYOL.
	{ CHOMEL.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON.
	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT,
LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS

ARVERS, *Examineur.*
BAUDELOQUE, *Examineur.*
BOUVIER.
BRESCHET.
CLOQUET (Hippolyte).
CLOQUET (Jules).
DANCE.
DEVERGIE.
DUBOIS.
GAULTIER DE CLAUERY, *Suppléant.*
GÉRARDIN.
GERDY.

MESSIEURS

GIEBERT.
KERGADEG.
LISFRANC.
MAISONABE.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
ROCHOUX.
RULLIER.
VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Gage de ma reconnaissance éternelle.

B. RICHARD.

DISSERTATION

SUR

LA CATARACTE.

Étymologie et synonymie.

LE mot *cataracte* dérive du grec , καταράσσω , ὑπόχυμα , γλαυκωμα ; les latins donnaient à cette affection les noms de *cataracta* , *suffusio oculi* , *hypochyma* , *gutta opaca* ; toutes ces différentes dénominations prouvent l'erreur dans laquelle étaient les anciens sur la nature et le siège de cette maladie. *Hippocrate* et les anciens Grecs , sous le nom de γλαυκωμα , la décrivaient comme une maladie du cristallin ; mais les praticiens du moyen âge méconnurent les idées de leurs prédécesseurs , et pensèrent qu'il existait une membrane tendue au-devant de la pupille , formée par l'épaississement de l'humeur aqueuse.

On donne aujourd'hui le nom de *cataracte* à une maladie qui consiste dans l'opacité du cristallin et de ses annexes , qui empêche plus ou moins complètement les rayons lumineux d'arriver jusqu'à la rétine , et produit la perte plus ou moins complète de la vue.

Historique.

Celse est le premier des auteurs qui nous ait laissé quelques renseignemens sur la cataracte. Il attribuait cette affection à une membrane qui se formait derrière la pupille par la coagulation des parties les plus grossières de l'humeur aqueuse. Le cristallin était regardé de son temps comme le siège de la vision.

La plus ancienne méthode que nous possédions est celle de cet auteur, qui consiste à abaisser la cataracte avec une aiguille acérée que l'on fait pénétrer à travers les membranes de l'œil jusque derrière la pupille. Si la cataracte, après avoir été déprimée, se relevait lorsqu'on retirait l'aiguille, il conseillait de la mettre en pièce, afin d'abaisser plus facilement les fragmens isolés. Mais l'opération de la cataracte était connue long-temps auparavant; car *GALIEN* (*GALEN.*, *de Part.*, *arte medicâ.*, cap. 2, p. 16) dit qu'il existait à Rome et à Alexandrie des médecins qui se consacraient exclusivement à cette partie de la chirurgie. Cependant ce fut la méthode de *Celse* qui, à quelques changemens près, fut adoptée jusqu'aux temps modernes.

Les anciens pratiquaient aussi l'extraction de la cataracte. *Antyllus*, qui vivait au commencement du premier siècle de notre ère, a décrit cette méthode avec beaucoup de détails (*Rhazès*, *Contin.*, l. 2, c. 3.); mais il la recommandait seulement pour les cas où la cataracte était petite, car autrement il pensait qu'elle ne pouvait être extraite sans occasionner la sortie des humeurs de l'œil.

Quelques savans ont écrit sur cette maladie, mais très-peu ont pratiqué les opérations qu'elle exige. On ne devra pas s'étonner de ce que cette partie des maladies des yeux ait été traitée avec si peu de succès, si l'on réfléchit que, par une sorte de fatalité attachée à la chirurgie des yeux, elle a été, pour ainsi dire, de tous temps abandonnée aux empiriques.

On ne découvrit le véritable siège de la cataracte que vers le mi-

lieu du dix-septième siècle, époque à laquelle l'anatomie commença à faire quelques progrès. Selon *Gassendi*, *Remi Lanier*, chirurgien de Paris, fut le premier qui démontra que la cataracte provient de l'opacité du cristallin; *Mariotte*, au contraire, nous dit que l'honneur de la découverte appartient à un certain *François Quarre*. Ces deux écrivains n'alléguèrent aucune observation à l'appui de leur opinion; mais bientôt elles se multiplièrent, et les travaux de *Pierre Borel*, *Bonnet*, *Albinus*, *Maitre-Jan*, etc., ne permirent plus le moindre doute sur cette importante vérité.

Plus tard, en 1694, *Jean-Henri de Freytag* pratiqua avec succès l'extraction de la cataracte, et fut convaincu par le témoignage de ses propres yeux que cette affection est souvent le résultat d'une membrane opaque qui entoure le cristallin. Ce ne fut que dix-sept ans après que *Jean Murat* signala ce fait dans la seconde édition de son ouvrage (JOH.-HENRI FREYTAG, de *Cataractâ*, in HALLER. *Diss. chirurg.*, vol. II, p. 74.) Il était réservé au dix-huitième siècle, si favorable à la philosophie, de faire triompher la vérité. Les travaux de *Litre*, *Brisseau*, *Maitre-Jan*, et les écrits de *Heister*, *Morgagni*, *Saint-Ives*, rendirent évident que la cataracte consistait dans l'opacité du cristallin et de ses annexes.

Morand et *Lapeyronie* firent voir à l'Académie des sciences des cataractes membraneuses résultant de l'opacité de la capsule cristalline. Depuis cette époque, les recherches d'anatomie pathologique ont encore ajouté de nouveaux faits à l'histoire de cette affection, et l'on a constaté l'existence des *cataractes laiteuses*, dans lesquelles le cristallin est entièrement dissous dans l'humeur dite de *Morgagni*, ou bien n'offre plus qu'un noyau qui nage au milieu d'elle.

Causes.

Il est peu de maladies dont l'étiologie soit moins avancée que celle de la cataracte. On sait seulement qu'elle affecte également les hommes et les femmes; plus souvent les vieillards que les enfans, et les adultes moins que ces derniers.

Les inflammations profondes du globe de l'œil , les contusions , les blessures qui intéressent le cristallin, sont les seules causes qui puissent être considérées comme capables de produire la cataracte, et l'on peut ramener à ces trois premiers chefs tout ce que les auteurs ont dit sur cette partie de la maladie qui nous occupe. En effet, l'action d'une vive lumière, l'attention soutenue sur des objets d'une très-petite dimension; des chagrins violens , toutes les passions vives de l'âme ; le contact des vapeurs acides ou alcooliques ; un baiser fortement appliqué sur l'œil , etc. , voir même la suppression d'écoulemens purulens , de flux sanguins habituels ; la retropulsion d'exanthèmes cutanés, l'action du vice dartreux, du virus syphilitique, ne sont-ils pas des causes qui puissent déterminer sur l'organe de la vision une inflammation plus ou moins vive, et par suite l'opacité du cristallin et de ses annexes?

Cependant, lorsque chaque jour on observe un grand nombre d'inflammations très-intenses du globe de l'œil, qui ne produisent point l'opacité du cristallin, tandis que l'on voit la cataracte se former quelquefois très-lentement et sans la moindre apparence d'inflammation, ne pourrait-on pas en conclure qu'une ophthalmie violente est une circonstance propre à favoriser le développement de la cataracte , mais incapable de déterminer cette maladie? On pourrait en dire autant de la vieillesse et des différentes affections qui ont été regardées comme pouvant déterminer la maladie que nous traitons, et nous sommes alors porté à penser que tout ce qui a été écrit sur les causes de la cataracte n'est pas encore bien rigoureusement démontré.

Il n'est pas sans exemple de voir des enfans naître avec cette maladie; on lui donne alors le nom de *cataracte congéniale*. Dans ce cas, elle affecte ordinairement les deux yeux , et est probablement due , d'après M. Beer, à l'action trop vive de la lumière sur les yeux délicats des nouveau-nés. Dans la plupart des cas, lorsque cette maladie est le résultat d'une plaie qui intéresse le globe de l'œil, elle n'affecte que ce seul organe.

D'après le témoignage de plusieurs auteurs recommandables , la cataracte peut être héréditaire.

Différence de la cataracte.

Comme toutes les maladies, la cataracte présente des espèces et des variétés. Les auteurs anciens en ont admis un grand nombre , mais les classifications qu'ils nous ont laissées sont toutes peu méthodiques. La cataracte devant être considérée comme une altération organique particulière , nous établirons les espèces d'après le siège de la maladie, et nous reconnaitrons comme autant de variétés toutes les nombreuses modifications que cette affection peut présenter, et dont quelques-unes pourront guider le praticien dans le choix des moyens curatifs qu'il devra employer.

D'après le siège de la cataracte, nous en établirons trois espèces : une qui dépend de l'opacité du cristallin, *cataracte cristalline*; l'autre, qui consiste dans l'obscurcissement de la capsule cristalline, *cataracte membraneuse*; et la troisième, enfin, qui résulte de l'épaississement de l'humeur dite de *Morgagni*, et qui a reçu les noms de *cataracte mixte*, *laiteuse* ou *purulente*.

Cette dernière espèce n'est, d'après quelques auteurs, qu'une modification de la première; car cette humeur dite de *Morgagni* peut être considérée comme formant les couches les plus extérieures du cristallin, couches d'autant plus molles qu'elles sont plus éloignées du centre de ce corps.

Chacune de ces espèces peut être simple, composée ou compliquée, selon que l'opacité n'affecte qu'une seule de ces parties, plusieurs d'entr'elles, ou bien que la maladie soit accompagnée d'une autre affection plus ou moins fâcheuse, et qui peut quelquefois contr'indiquer l'opération.

Lorsque le cristallin seul est opaque, celui-ci ne change pas ordinairement de volume; mais il peut cependant devenir assez volumineux pour distendre fortement sa capsule, et faire saillie avec elle à

travers la pupille dans la chambre antérieure de l'œil. D'autres fois il est retiré sur lui-même, ainsi que sa membrane, qui, dans ce cas, est couverte de plis.

La densité du cristallin n'est pas ordinairement altérée, et si quelquefois on a rencontré ce corps plus dur que dans son état ordinaire, ayant acquis même la consistance pierreuse, il est bien reconnu aujourd'hui que cette disposition n'est pas le résultat de l'ancienneté de la maladie, comme on le pensait autrefois.

La densité du cristallin est presque toujours en raison inverse du volume de ce corps. Souvent il est comme fondu au milieu de l'humeur de Morgagni, et présente alors une teinte blanchâtre, uniforme et floconneuse (cataracte laiteuse). D'après *Scarpa*, *Ware*, *M. Jules Cloquet*, ce serait à cette variété qu'appartiendraient presque constamment les cataractes congéniales.

Le cristallin cataracté présente des couleurs très-variées; le plus ordinairement d'un jaune d'ambre foncé; il est quelquefois d'un blanc mat, perlé, chatoyant; d'autre fois verdâtre, couleur de rouille, rose, etc. Mais il est une espèce qui, à raison de la difficulté qu'elle présente dans son diagnostic, mérite d'être notée ici; je veux parler de la couleur noire que présente, rarement il est vrai, le cristallin, mais qu'on ne peut guère révoquer en doute quoiqu'elle ne soit pas admise par tous les auteurs. On en trouve plusieurs observations authentiques rapportées par *Wenzel*, *Béclart*. *M. Jules Cloquet* (Dict. de méd., t. IV) l'a rencontrée deux fois sur des cadavres sur lesquels la maladie n'avait pas été reconnue.

Cet auteur est le premier qui ait parlé d'une nouvelle espèce de cataracte qui consiste dans trois lignes blanches opaques, droites et d'une certaine largeur, qui de la circonférence du cristallin viennent se réunir à son centre en partageant ce corps en trois parties égales.

Dans les cataractes congéniales, c'est-à-dire lorsque le cristallin, en partie fondu dans l'humeur de *Morgagni*, ne présente plus qu'un noyau opaque, celui-ci peut changer de place dans les différens mou-

vemens de la tête et du corps (cataracte branlante). Le même effet peut avoir lieu lors même que le cristallin conserverait ses dimensions naturelles, par le relâchement des liens qui attachent la capsule cristalline aux procès ciliaires et à la membrane hyaloïde.

La cataracte membraneuse est beaucoup plus rare que la précédente ; elle peut être le résultat de l'opacité des parties antérieure et postérieure de la capsule cristalline , ou de l'une de ces parties seulement ; et c'est toujours l'antérieure qui, dans ce dernier cas, se trouve le plus souvent affectée, ce qui est dû sans doute à l'épaississement plus marqué de cette dernière, et à son mode différent de nutrition.

Comme pour le cristallin, la capsule cristalline devenue opaque peut être plus ou moins dense que dans son état naturel ; on l'a trouvée quelquefois d'une nature cartilagineuse. Dans cette espèce de cataracte, l'opacité du cristallin et son atrophie sont inévitables , ce qui ne paraîtra pas étonnant, si l'on réfléchit que les vaisseaux qui nourrissent ce corps rampent dans sa membrane avant d'arriver jusqu'à lui.

On donne pour caractère distinctif de l'opacité de l'une ou de l'autre partie de la membrane cristalline, une tache blanche nacrée (pour l'antérieure) paraissant située immédiatement derrière la pupille, et présentant une convexité lorsqu'on la regarde de côté ; tandis que cette tache doit être située plus profondément, d'une couleur plus obscure, et paraître concave lorsque la partie postérieure seule est affectée.

Lorsque dans la cataracte membraneuse l'opacité s'est formée spontanément , elle est dite *primitive* ; elle est au contraire *secondaire* lorsqu'elle arrive à la suite de l'opération de la cataracte cristalline. Il arrive assez souvent, en effet, qu'après l'extraction ou l'abaissement du cristallin, le malade ait pu distinguer pendant quelque temps les objets, mais qu'ensuite une nouvelle tache ait paru derrière la pupille, produite par l'opacité secondaire de la membrane cristalline, qui n'a pas été enlevée pendant l'opération.

Sous le rapport de son développement la cataracte présente aussi quelques différences ; le plus souvent les progrès de cette affection sont lents ; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, de quelques années mêmes , que les malades ont entièrement perdu la faculté de voir. Cependant on cite des exemples de cataractes survenues après quelques jours , dans l'espace de vingt-quatre heures ; mais ces cas sont très-rare , et la maladie est presque toujours alors le résultat d'une plaie , d'une violente contusion sur le globe de l'œil , ou d'une vive inflammation de cet organe.

Complications.

De toutes les différences que peut présenter la cataracte , celles qui se tirent de son état de simplicité ou de complication sont bien certainement les plus importantes à connaître ; en effet , tout ce que nous avons dit dans le chapitre précédent des différentes modifications sous lesquelles la cataracte peut être considérée , ne peut aucunement influencer sur les chances bonnes ou mauvaises de l'opération , mais doit seulement guider le chirurgien sur le choix de la méthode opératoire. Il n'en est pas ainsi lorsqu'à cette maladie , considérée jusqu'à présent dans son état de simplicité , vient se joindre une autre affection qui , par sa nature , peut non-seulement apporter quelques modifications dans le traitement , mais quelquefois contr'indiquer l'opération.

De toutes les complications dont la cataracte est susceptible , la plus fâcheuse est sans contredit la paralysie de la rétine. Cette maladie bien reconnue , et tous les moyens dirigés contre elle ayant été sans succès , la cataracte ne doit être considérée , dans ce cas , que comme une affection secondaire pour laquelle l'opération serait entièrement inutile.

L'état fluxionnaire des paupières ou de la conjonctive , l'hydrophtalmie , l'atrophie du globe de l'œil , le staphylôme ; l'état variqueux des vaisseaux de la cornée , de la conjonctive et de la choroïde ;

le larmolement, le cancer du globe de l'œil, sont autant de maladies qui, lorsqu'elles viennent se joindre à la cataracte, doivent toujours être combattues avant d'entreprendre l'opération de celle-ci. S'il existait une taie à la partie moyenne de la cornée transparente, il ne faudrait entreprendre l'opération de la cataracte que lorsque cette tache ne serait pas assez épaisse pour intercepter entièrement les rayons lumineux ; encore faudrait-il avertir le malade de l'incertitude du succès, car on a toujours à craindre que cette taie ne fasse des progrès par le fait même de l'opération. Dans tous les cas où cette disposition vient compliquer la cataracte, quel que soit le lieu qu'occupe la taie sur la cornée, le succès n'est jamais aussi certain que lorsque cette dernière partie est dans une intégrité parfaite.

Marche et symptômes.

Si les anciens n'avaient pas des notions très-exactes sur la nature et le siège de la cataracte, nous ne pouvons pas nous refuser à leur accorder le mérite qu'ils ont eu d'en avoir bien observé les symptômes. Voici, du reste, la plupart de ceux que l'on a pu remarquer dans le cours de cette maladie.

Lorsqu'elle commence à se développer, surtout s'il n'y a qu'un seul œil affecté, le malade est assez long-temps avant de s'apercevoir de la lésion qui s'opère dans sa vue ; mais, plus tard, lors même que le praticien le plus exercé ne pourrait apercevoir aucune trace d'opacité, sa vue se trouve sensiblement affaiblie. Le malade croit voir voltiger devant lui des corps légers et de formes variées, tels que des flocons de laine, de la neige, des toiles d'araignées, etc. ; d'autres fois c'est à travers d'un léger brouillard qu'il aperçoit les objets. Tous ces symptômes vont en augmentant graduellement, et le voile continuellement placé devant les yeux du malade devenant de plus en plus épais, finit par ne plus lui permettre de se conduire sans guide. Cependant, quelle que soit l'opacité du cristallin, elle n'intercepte jamais la lumière au point de ne plus permettre au malade de distinguer le jour des té-

nèbres. Dans le commencement de la maladie, lorsque l'opacité n'occupe que le centre du cristallin, le malade voit plus distinctement le matin et le soir, avant et après le coucher du soleil; le contraire a lieu vers la fin de la maladie, lorsque le cristallin est entièrement opaque, car alors il n'y a que les rayons lumineux les plus vifs qui puissent parvenir jusqu'à la rétine, particularité qui nous paraîtrait extraordinaire si nous ne pouvions facilement nous en rendre compte d'après les lois de la physique.

Dans la cataracte membraneuse, si l'on examine avec attention l'œil affecté, on aperçoit une tache irrégulière située soit au centre, soit à l'un des points de la circonférence de la capsule; mais lorsque le cristallin est le siège de la cataracte, c'est toujours au centre de ce corps que l'opacité commence à se former; on y voit un point jaunâtre ou gris, qui fait perdre à la pupille la belle couleur noire qui lui est naturelle. Cette tache devient de plus en plus apparente, et peut présenter l'une des différentes couleurs dont nous avons parlé plus haut.

Lorsque la cataracte est entièrement formée, c'est-à-dire quand l'opacité occupe toute l'étendue du cristallin ou de sa capsule, la pupille est ordinairement plus dilatée que dans son état ordinaire.

Diagnostic.

Lorsque la cataracte est dans son état de simplicité, le diagnostic n'est pas difficile à établir, car il sera toujours possible à un praticien judicieux de reconnaître la maladie d'après le changement de couleur que présentera la pupille; il pourra même, jusqu'à un certain point, reconnaître le siège et la nature de cette affection, ce qui est de quelque importance pour le choix du procédé opératoire. Il est cependant un cas où le diagnostic présente beaucoup de difficulté: c'est lorsqu'il existe une cataracte noire. La pupille conserve alors sa couleur naturelle, et l'on serait souvent porté à penser que la cécité, dans ce cas, provient d'une amaurose. On évitera cette erreur si l'on

fait attention aux symptômes qu'aura présentés la maladie dans son développement, et surtout à l'état de la pupille. On sait que l'invasion de l'amaurose est rapide; que les malades qui en sont affectés ne peuvent distinguer, dès le début de la maladie, que les corps les plus éclairés, disposition qui persiste jusqu'à ce que la paralysie de la rétine soit complète. La pupille ne jouit plus alors d'aucune mobilité, et l'extract liquide de belladone ne produit aucun effet sur elle. Il n'est pas nécessaire de faire observer que le contraire a le plus ordinairement lieu dans la cataracte.

Si cependant, malgré les différences que présentent ces deux affections, le diagnostic ne paraissait pas certain, il faudrait se comporter comme si la cataracte noire existait seule, après avoir, toutefois, mis en usage tous les moyens employés contre l'amaurose. En agissant ainsi, on peut espérer rendre la vue au malade s'il était atteint de cataracte, comme *Wensel* en cite un exemple, tandis que l'opération ne peut avoir rien de fâcheux pour lui s'il se trouvait réellement affecté d'amaurose.

Le diagnostic est toujours plus obscur lorsque la cataracte est compliquée d'une autre maladie, parce que les symptômes des deux affections se combinent quelquefois tellement entr'eux, qu'il est très-difficile de distinguer ce qui appartient à chacune d'elles. Cependant, le praticien instruit et attentif qui connaîtra parfaitement toutes les maladies qui peuvent exister avec celle qui nous occupe, ne s'en laissera presque jamais imposer par les apparences. Par exemple, il reconnaîtra facilement les taies de la cornée transparentes, malgré leur ressemblance avec l'opacité du cristallin, et surtout de sa capsule, à leur position superficielle, qui ne peut être douteuse lorsqu'on regarde l'œil de côté. Il serait trop long de passer en revue toutes les maladies qui peuvent compliquer la cataracte; mais il en est une qui, sous le rapport de la gravité, mérite de fixer notre attention: c'est l'amaurose. On a donné, comme signes pathognomoniques de cette affection, la dilatation de la pupille et son immobilité: si cela est vrai pour la plupart des cas, il est des circonstances

où l'existence de ces signes pourrait induire en erreur. En effet , l'immobilité de l'iris peut être produite par l'augmentation de volume du cristallin , et l'accroissement morbide de ce corps peut aussi quelquefois être assez prononcé pour déterminer la dilatation de la pupille. Ajoutons encore que la paralysie de la rétine peut exister sans donner lieu à l'immobilité de l'iris , puisque ce sont des nerfs différens qui se distribuent à ses deux membranes ; cependant , comme dans la paralysie de la première , on remarque presque constamment l'immobilité de la seconde , il importe de constater ce fait , afin d'avoir au moins quelques probabilités sur l'existence de l'amaurose.

Si l'immobilité de la pupille dépendait de l'adhérence de la capsule cristalline à la petite circonférence de l'iris , on reconnaîtrait facilement cette disposition à la saillie que fait alors le cristallin au devant de l'ouverture de l'iris , et à l'accollement de ces deux organes , entre lesquels on n'aperçoit aucun espace , tandis que dans l'amaurose le cristallin paraît toujours à une certaine distance en arrière de l'iris.

Pour s'assurer si l'iris est susceptible de se contracter , on a conseillé , mais à tort , d'exercer quelques légères frictions sur la paupière supérieure de l'œil malade : l'observation a démontré que ces frictions pouvaient déterminer de légers mouvemens de l'iris , lors même que la paralysie de la rétine serait constante. Le seul moyen qui puisse être de quelque utilité est le passage subit de l'obscurité à une vive lumière , en maintenant l'œil sain fermé , afin que l'action de la lumière sur ce dernier ne produise pas sur l'autre de légers mouvemens sympathiques qui pourraient en imposer.

Le diagnostic est très-difficile à établir lorsqu'il existe en même temps une amaurose incomplète et une cataracte dans laquelle l'opacité n'occuperait que la partie moyenne du cristallin , car les rayons lumineux pouvant pénétrer jusqu'à la rétine en traversant la circonférence du cristallin , la cécité ne serait pas complète , et les mouvemens de l'iris pourraient faire penser qu'il n'existe pas d'amaurose , erreur d'autant plus fâcheuse que l'expérience a démontré que l'opération , dans ce cas , accélérât toujours les progrès de la

cécité. M. Boyer conseille, dans une circonstance si difficile, de comparer l'affaiblissement de la vue à l'opacité du cristallin. Quand la cécité est presque complète et le cristallin peu opaque, on peut croire à l'existence de l'amaurose ; mais il faut avouer que le diagnostic sera tout à fait obscur si l'opacité occupe toute l'étendue du cristallin, à moins que la connaissance des symptômes recueillis à une époque moins avancée de la maladie ne vienne éclairer l'opinion du chirurgien.

Prognostic.

La cataracte, bien que sans danger pour les jours du malade, n'en est pas moins une affection fâcheuse, puisque celui qui en est atteint est condamné pour le reste de sa vie à être privé du précieux avantage de voir tout ce qui l'entoure, s'il ne se soumet à l'opération, dont le résultat n'est pas certain. La nature est impuissante contre cette maladie. On cite, à la vérité, plusieurs exemples d'individus cataractés qui ont recouvré subitement la faculté de voir, mais cette guérison spontanée ne peut être que le résultat de l'abaissement du cristallin, dont la membrane s'est détachée de la membrane hyaloïde et des procès ciliaires ; il est arrivé même que ce corps, entièrement libre, est passé dans la chambre antérieure de l'œil, y a été absorbé après un temps plus ou moins long, ou bien a déterminé des accidens qui n'ont cessé qu'après l'extraction de ce corps au moyen d'une ouverture faite à la cornée transparente ; mais ces heureuses ressources de la nature n'autorisent point à penser que le cristallin ou sa membrane, une fois cataractés, puissent revenir à leur transparence naturelle.

Tout ce que les auteurs ont écrit à l'égard de son traitement médical n'est appuyé d'aucuns faits qui puissent constater l'efficacité des différens moyens qui ont été préconisés tour à tour. La chirurgie, qui seule a de tout temps compté d'heureux succès, est encore aujourd'hui l'unique ressource du médecin auquel le malade qui a perdu la vue vient confier son sort.

Traitement.

D'après ce que nous venons de dire, nous devons passer sous silence cette foule de remèdes qui, à différentes époques, ont été conseillés comme pouvant borner les progrès de la cataracte commençante, et rendre même au cristallin opaque sa transparence naturelle, puisqu'ils ont trompé jusqu'à ce jour l'attente des praticiens qui les ont administrés. On doit seulement chercher à soustraire le malade à l'influence des causes qui, comme nous l'avons dit précédemment, peuvent hâter les progrès de la maladie, telles que l'impression d'une vive lumière, etc., et n'entreprendre l'opération qu'après avoir combattu avec succès les maladies qui peuvent exister avec la cataracte.

Nous n'avons à nous occuper ici que du traitement chirurgical; mais, avant de donner la description des deux méthodes qui se disputent aujourd'hui la préférence (l'extraction du cristallin et son abaissement), nous allons passer en revue quelques-unes des modifications que peut présenter la cataracte, et qui doivent guider le chirurgien sur le choix qu'il devra faire des moyens à employer avant l'opération, afin d'obtenir d'elle le plus de chances de succès.

Chez certains malades, l'organe de la vue est d'une sensibilité si exquise, que le moindre contact d'un corps étranger sur le globe de l'œil y détermine des mouvemens involontaires assez étendus pour rendre l'opération très-difficile, et même impossible. Il faut, dans ce cas, promener chaque jour sur le globe de l'œil un stylet moussé ou l'extrémité du doigt, jusqu'à ce que la sensibilité de cet organe soit entièrement éteinte.

Si la pupille était assez rétrécie pour ne permettre qu'avec beaucoup de peine l'incision qui, dans l'extraction, doit être faite à la capsule cristalline, ou pour gêner le passage du cristallin à travers de cette ouverture, on doit faire usage de l'extrait liquide de belladone ou de jusquiame, préparations narcotiques qui ont la propriété de

dilater momentanément la pupille. On pourrait également s'en servir dans l'abaissement du cristallin, afin de rendre plus faciles les mouvemens que l'on doit faire exécuter à l'aiguille ; mais on doit être avare d'un pareil moyen, qui, selon M. *Roux*, rend l'organe de la vue plus susceptible de s'enflammer consécutivement à l'opération.

Le succès du traitement de la cataracte est si peu certain, qu'on ne doit entreprendre l'opération que lorsque la maladie est entièrement formée, lorsque le malade ne distingue pas le jour des ténèbres ; car autrement on s'exposerait à rendre aveugle celui qui pouvait encore se conduire avant l'opération. A plus forte raison devra-t-on être plus circonspect lorsque la maladie n'affectera qu'un seul œil ; car il est d'observation que l'inflammation survenue sur l'œil opéré s'est communiquée à celui qui était sain, y a déterminé de graves accidens, et que le malade est devenu aveugle à la suite du non-succès de l'opération.

Suivant la plupart des praticiens, il faut attendre, pour pratiquer l'opération sur les enfans affectés de cataracte, qu'ils aient atteint l'âge de raison. C'est ordinairement de sept à huit ans qu'ils s'y soumettent assez volontiers, parce qu'à cet âge ils commencent à sentir tout le prix de leur guérison. Comme l'invasion de la cataracte est ordinairement très-lente, il sera toujours possible d'attendre la saison la plus favorable pour opérer, et tous les praticiens s'accordent à penser que le printemps et l'été doivent être choisis préférablement aux deux autres ; car, pendant les froids humides de l'automne et de l'hiver, temps où les affections inflammatoires sont beaucoup plus fréquentes et plus durables, l'opération ne réussit pas aussi bien. On doit cependant éviter les jours trop chauds de l'été. Il ne faut jamais opérer pendant le cours d'une maladie épidémique, surtout s'il existait des ophthalmies.

Lorsque la cataracte affecte les deux yeux, et que le malade ne voit plus assez pour se conduire, il faut opérer ; mais ici deux indications se présentent : on peut opérer sur les deux yeux le même jour, ou bien laisser un certain intervalle entre les deux opérations. Les

praticiens , divisés à ce sujet , ont basé leur opinion sur des raisonnemens assez spécieux pour mériter d'être rapportés ici. Ceux qui n'opèrent qu'un seul œil prétendent que lorsque les deux yeux sont opérés le même jour, les accidens consécutifs à l'opération les atteignent ordinairement tous les deux , et la vue est alors perdue sans retour ; tandis que si l'opération qui a été faite d'un seul côté ne réussit pas , on a l'espoir d'être moins malheureux en pratiquant celle qui reste à faire. Enfin , d'après ceux-ci , la vue de presque tous les malades opérés de la cataracte finit souvent par s'affaiblir entièrement , et la cécité est alors au-dessus des ressources de l'art , si les deux yeux ont été opérés ; tandis que lorsque la perte de la vue survient dans le cas où l'opération a été simple , les partisans de cette opinion prétendent pouvoir , par une seconde opération , rendre à leur malade la faculté de voir , au moins pendant quelque temps. Mais si l'on réfléchit que lorsque les deux yeux ont été opérés le même jour les accidens qui peuvent survenir n'attaquent presque jamais ces deux organes avec la même intensité , et y déterminent plus rarement encore la perte complète de la vue ; que lorsque l'on opère sur un seul œil , l'inflammation qui survient dans celui-ci se communique assez souvent à l'autre ; que le même effet peut avoir lieu lorsqu'on en vient à l'opération de ce dernier , de telle sorte que chaque œil se trouve exposé deux fois aux mêmes accidens , ce que l'on n'a point à redouter lorsque l'on pratique les deux opérations à la fois ; ne sera-t-on pas porté à partager l'opinion des partisans de la double opération ? D'un autre côté , l'affaiblissement de la vue , qui survient assez souvent après l'opération , n'est point une raison dont puissent se prévaloir ceux qui ne veulent opérer qu'un œil à la fois ; car il est à peu près certain que la cécité , dans ce cas , provient d'une amaurose ; et cette dernière affection devant exister également à l'autre œil , l'opération de ce dernier devient fort inutile. Il est enfin un dernier motif qui doit nous faire préférer la double opération : c'est de faire jouir plus complètement les malades de l'avantage de l'opération , indication que le praticien ne doit pas négliger , surtout si le malade est déjà très-âgé.

L'opération de la cataracte ne doit être faite que lorsque la maladie est simple ou délivrée de toute complication ; encore faut-il, avant de l'entreprendre, y préparer le malade, afin d'éviter plusieurs accidens qui pourraient survenir pendant ou après l'opération.

Si le malade était d'un tempérament sanguin très-prononcé, et disposé aux inflammations, on pourrait lui faire une ou deux saignées ; dans le cas d'embarras des premières voies, on prescrit un vomitif, un ou deux purgatifs, des boissons laxatives, et quelques lavemens un ou deux jours avant l'opération. On doit aussi appliquer un vésicatoire à la nuque lorsque les bords des paupières sont enflammés, les vaisseaux de la conjonctive injectés, et les yeux larmoyans. M. le professeur *Roux* a l'habitude de l'appliquer immédiatement avant d'opérer, et a continuellement obtenu de très-bons effets de ce moyen prophylactique.

Procédés opératoires.

La plus ancienne des deux méthodes employées aujourd'hui pour enlever l'obstacle matériel qui s'oppose au passage des rayons lumineux, est celle qui consiste à déprimer le cristallin ; c'est la seule qui fut pratiquée depuis *Celse* jusqu'à l'époque à laquelle *Daviel* proposa l'extraction de la cataracte : cette nouvelle manière d'opérer reçut l'approbation de tous les praticiens. L'ancienne méthode fut dès-lors entièrement oubliée, et ce ne fut que vers la fin du dernier siècle que *Scarpa* ramena sur cette dernière l'attention des chirurgiens. Voici, du reste, de quelle manière elle se pratique aujourd'hui :

L'aiguille de *Scarpa*, et mieux encore celle de M. le professeur *Dupuytren*, est le seul instrument qui soit nécessaire pour cette opération ; on peut aussi, dans un très-petit nombre de cas, se servir d'un élévateur de la paupière supérieure.

Après avoir préparé le malade à l'opération, et assujetti son bonnet par quelques tours de bande, on fixe l'œil sur lequel on n'opère pas, en remplissant le vide de la base de l'orbite avec de la charpie que

l'on soutient par un bandeau. Le malade sera placé dans une chambre médiocrement éclairée ; il faut, autant que possible, que le jour vienne d'en haut, afin de ne pas frapper trop vivement l'œil que l'on veut opérer : c'est pour obvier à cet inconvénient qu'on a l'habitude de placer le malade un peu de côté en face d'une croisée ; celui-ci doit être assis sur un siège peu élevé, le tronc légèrement renversé, et la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, qui, d'une main, presse légèrement sur l'œil qu'on n'opère pas, tandis qu'avec l'indicateur et le médius de son autre main, il relève la paupière supérieure de l'autre œil, et la maintient dans cette position en la pressant légèrement sur le bord supérieur de l'orbite.

L'opérateur, assis en face du malade, sur un siège plus élevé, pose le pied sur une chaise placée à côté de lui, afin qu'il puisse appuyer le coude sur ses genoux, et trouver un point d'appui qui rendra ses mouvemens plus certains. Tout étant ainsi disposé, le chirurgien saisit l'aiguille, qu'il tient comme une plume à écrire, entre le pouce et les deux autres premiers doigts de la main du côté opposé à celui de l'œil qu'il doit opérer ; puis, avec le médius et l'indicateur de l'autre main, il abaisse la paupière inférieure ; lorsque les mouvemens de l'œil ont entièrement cessé, il engage le malade à regarder un peu en dedans, et, après avoir appuyé sur la tempe les deux derniers doigts de la main qui porte l'aiguille, il enfonce cet instrument dans la sclérotique, à deux lignes à peu près de son union avec la cornée, un peu au-dessus du diamètre transversal de la pupille, afin de ne pas blesser les vaisseaux et nerfs ciliaires ; il imprime à la main un mouvement en avant, jusqu'à ce que la pointe de l'aiguille, qui est recourbée et dirigée en arrière, ait pénétré dans l'œil ; il conduit ensuite l'instrument dans la chambre postérieure de cet organe, jusqu'à ce que son extrémité paraisse au niveau de la pupille : alors il en applique la concavité sur le bord supérieur du cristallin, et un peu sur sa face antérieure ; et, par un mouvement en arc de cercle qu'il fait exécuter à l'aiguille, en élevant le manche de l'instrument, il fend la membrane cristalline, et enfonce profondément le cristallin

dans la partie inférieure du corps vitré. Après l'avoir maintenu pendant quelque temps dans cette position, il fait exécuter à l'aiguille de légers mouvemens de rotation pour la dégager du cristallin, dont elle a pénétré la substance; et, s'il ne reste aucun corps opaque qui ternisse la couleur de la pupille, il retire doucement son instrument, en lui faisant suivre, mais dans un sens opposé, le trajet qu'il a parcouru pour pénétrer dans l'œil.

Il arrive quelquefois que l'humeur aqueuse se trouble au moment de l'ouverture de la capsule, de telle sorte que l'opérateur ne peut plus suivre les mouvemens de son aiguille : lorsque cet accident a lieu, il est prudent de suspendre l'opération, et d'attendre, pour introduire de nouveau l'instrument, que tout soit rentré dans l'ordre, afin de connaître exactement ce qui reste à déprimer. Cette seconde opération doit être préférée aux tentatives faites au hasard, au milieu de parties si sensibles et si délicates.

Dans tous les cas où il reste au niveau de la pupille des débris du cristallin ou de la membrane, on doit les pousser dans la chambre antérieure; il faut aussi déchirer et déplacer autant que possible la capsule cristalline, afin de prévenir l'opacité secondaire de cette membrane.

Lorsque la cataracte est caséuse, *Scarpa* a conseillé de détruire la partie antérieure de la capsule, et de diviser ensuite le cristallin en petits fragmens que l'on pousse dans la chambre antérieure de l'œil. C'est à ce procédé que l'on a donné le nom de *broiement*; mais comme il ne convient que dans un très-petit nombre de cas, nous avons cru devoir le considérer seulement que comme une modification de la méthode que nous venons de décrire.

Si la cataracte est laiteuse, on peut, comme *Pott* l'a proposé et même exécuté plusieurs fois avec succès, fendre en plusieurs sens la cristalloïde antérieure sans toucher au cristallin, qui ne tarde pas à se dissoudre dans l'humeur aqueuse,

On a vu quelquefois pendant l'opération le cristallin passer en en-

tier dans la chambre antérieure de l'œil, n'occasioner aucun accident, et être absorbé après un temps plus ou moins long; mais si sa présence irritait la cornée transparente ou l'iris, au-devant de laquelle il se trouve placé, il faudrait l'extraire au moyen d'une ouverture faite à la cornée.

De toutes les difficultés qui peuvent se présenter pendant l'opération, celle qui mérite le plus d'attention est l'adhérence de la capsule cristalline à la petite circonférence de l'iris, car il est toujours très-difficile, même pour le praticien le plus exercé, de porter sans la voir la pointe de son aiguille à plat entre ces deux parties pour les séparer, ce qui doit toujours être fait avant d'entreprendre la dépression du cristallin.

Il existe une autre méthode d'opérer l'abaissement du cristallin qui consiste à aller chercher ce corps à travers la cornée transparente et la pupille, et qui a reçu le nom de *keratonixis*. L'aiguille de *Scarpa* ou celle de M. le professeur *Dupuytren* sont préférables à tous les différens instrumens qui ont été imaginés pour cette opération. Voici comment elle se pratique :

Après avoir préalablement dilaté la pupille avec l'extrait liquide de belladone, le chirurgien tient l'aiguille de la main droite comme une plume à écrire; l'extrémité de cet instrument doit avoir sa convexité tournée en bas et soutenue par l'indicateur de la main gauche, de manière que sa pointe traverse la cornée transparente dans une direction perpendiculaire à la surface de l'œil et au niveau du bord inférieur de la pupille. Parvenue dans la chambre antérieure, la pointe, toujours dirigée en haut, est poussée à travers la pupille jusqu'au cristallin. On fait ensuite exécuter à l'aiguille un mouvement de rotation; puis avec sa pointe, alors dirigée en bas, on fend la capsule cristalline; embrassant ensuite la partie supérieure du cristallin avec la concavité de l'aiguille, on abaisse ce corps au-dessous de l'axe visuel en élevant le manche de l'instrument.

Pour diviser le cristallin, on enfonce la pointe de l'aiguille dans sa

partie centrale, et par des mouvemens circulaires, on le réduit en un grand nombre de parcelles qui se perdent dans l'humeur aqueuse; ou bien on coupe la cataracte avec les bords de l'aiguille, et on disperse les fragmens dans les chambres de l'œil, en laissant autant libre que possible l'axe de la vision.

Cette manière d'opérer ne doit être pratiquée que dans le cas où les yeux, mobiles à l'excès, sont continuellement tournés en haut, de manière qu'on ne peut apercevoir que la partie inférieure de la cornée; autrement le peu de succès qu'on doit en attendre, et la crainte de voir les suites de la petite plaie porter leur action sur tout le centre de la cornée, doivent lui faire préférer les deux autres méthodes.

Extraction. C'est en 1752 que *Daviel* rendit compte de son procédé à l'Académie de chirurgie; vers la fin de la même année, *La Faye* imagina de nouveaux instrumens qui remplacèrent avantageusement le grand nombre de ceux dont se servait le premier de ces deux auteurs. Mais cette méthode, ainsi simplifiée, subit bientôt de nombreuses modifications, pour lesquelles on imagina une foule d'instrumens qui sont entièrement oubliés aujourd'hui.

Lorsqu'on veut maintenant opérer par extraction, on suit ordinairement le procédé de *Wensel*, auquel on fait subir quelques changemens.

Les instrumens nécessaires pour opérer par ce procédé sont : 1°. un couteau dont la forme est assez variée; celui de *Wensel* est employé généralement en France, ceux de *Richter*, *Ware* et *Beer*, en Angleterre; mais quelleque soit la forme donnée à ces différens couteaux, ils sont tous construits de manière qu'ils remplissent exactement l'ouverture qu'ils font à la cornée, et s'opposent à l'issue de l'humeur aqueuse, jusqu'à ce que l'incision soit achevée; 2°. un cystitome, c'est-à-dire un instrument propre à ouvrir la capsule du

cristallin, et dont la forme est aussi variée que celle du couteau ; on peut également se servir du cystitome à curette de M. *Boyer*, ou de l'aiguille ordinaire.

On doit joindre à ces deux instrumens une petite curette (si ce n'est point le cystitome de M. *Boyer* que l'on emploie), de petits ciseaux et de petites pinces à disséquer, afin de pouvoir surmonter les difficultés qui pourraient survenir pendant l'opération.

Le malade et le chirurgien seront placés comme pour l'abaissement ; seulement, avant d'entreprendre la section de la cornée, l'œil doit être dirigé en dehors, afin de pouvoir terminer plus facilement ce premier temps de l'opération. Toutes ces indications remplies, le chirurgien saisit le couteau qu'il tient comme une plume à écrire, abaisse lui-même avec son autre main la paupière inférieure, en ayant soin de ne point comprimer le globe de l'œil, et, après avoir appuyé les deux derniers doigts de la main qui tient le couteau, il enfonce la pointe de cet instrument à la partie supérieure et un peu externe de la cornée, à un quart de ligne de son union avec la sclérotique, et dans une direction perpendiculaire à cette membrane. Aussitôt que la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, il fait prendre à son instrument une direction parallèle à celle de l'iris, en portant le manche en arrière. Lorsque la pointe est parvenue jusqu'à la pupille, il la dirige, à travers cette ouverture, jusqu'à la membrane cristalline, à laquelle il fait une incision semblable à celle qu'il doit terminer à la cornée ; ramenant ensuite l'instrument à sa première position, il le conduit de manière que la pointe vienne traverser la cornée à sa partie inférieure et un peu interne, et à un quart de ligne de la sclérotique. Comme le couteau n'est tranchant que d'un côté, il suffit de le pousser pour terminer l'incision, qui doit être un peu moindre que la moitié de la circonférence de la cornée. L'aide a soin d'abaisser la paupière supérieure à mesure que l'opérateur achève l'incision. On fait ensuite de légères pressions sur

le globe de l'œil à travers la paupière supérieure, mais avec beaucoup de ménagemens, dans la crainte de procurer l'issue de l'humeur vitrée. Le cristallin ne tarde pas à se présenter entre les lèvres de la plaie, si même il ne sort pas entièrement avec l'humeur aqueuse. Lorsque l'ouverture de la cornée est assez grande pour laisser passer le cristallin, on le retire facilement avec la pointe de l'aiguille, mais, dans le cas contraire, il faudrait agrandir la plaie avec des ciseaux, ou se servir des pinces, plutôt que de chercher à lui faire franchir par des pressions peu ménagées l'ouverture trop étroite de la cornée.

Tous les praticiens s'accordent à penser qu'il est très-difficile d'aller chercher la capsule cristalline à travers la pupille sans s'exposer à blesser l'iris; ils préfèrent, après avoir fait l'incision de la cornée, ouvrir transversalement la partie inférieure de la cristalloïde antérieure avec le cystitome ou l'une des aiguilles dont nous avons parlé. Si l'introduction de ce second instrument dans l'œil est susceptible d'irriter davantage cet organe, cet inconvénient, ce me semble, doit être plus que balancé par la facilité que cette modification apporte dans l'opération.

Si on avait à opérer sur les deux yeux, il faudrait ouvrir les deux cornées avant de toucher à la membrane cristalline et de procurer l'extraction de la cataracte; l'expérience a montré qu'en procédant ainsi les yeux étaient plus tranquilles, et le succès plus certain.

Lorsque l'on fait la section de la cornée, l'iris peut se présenter sous le tranchant du couteau; il faut alors cesser de faire avancer l'instrument; l'iris peut se retirer de lui-même, autrement on fait de légères frictions sur la cornée avec le doigt indicateur, et on ne termine l'incision que lorsque l'iris est revenu à sa place. Si ce moyen ne réussissait pas, il faudrait retirer le couteau et se servir de ciseaux, avec lesquels on est moins exposé à blesser cette membrane.

Si, après l'opération, l'iris se présentait entre les lèvres de la plaie, on soulèverait le lambeau de la cornée avec une petite spatule, et et on repousserait l'iris avec le dos de l'aiguille ou un stylet boutonné.

L'écoulement de l'humeur vitrée est un accident qui peut devenir fâcheux, mais qu'il est facile d'éviter en ménageant les pressions que l'on est obligé d'exercer sur le globe de l'œil pour déterminer la sortie du cristallin. Cependant si, malgré les soins les mieux dirigés, une grande partie du corps vitré était sortie de l'œil, il faudrait se hâter de terminer l'opération, abaisser la paupière supérieure et favoriser son action doucement compressive sur le globe de l'œil, au moyen d'un bandeau médiocrement serré dont on recouvre cet organe.

Si le cristallin adhère à la petite circonférence de l'iris, on détruit cette adhérence avec une aiguille terminée en fer de lance, en l'introduisant entre ces deux parties; la pupille se prête alors peu à peu au passage du cristallin.

Tels sont les principaux inconvéniens attachés à cette seconde manière d'opérer la cataracte. Je dois d'autant moins chercher à hasarder mon opinion sur la préférence que je pourrais donner à l'une des deux méthodes que je viens de décrire, que je vois les grands maîtres divisés à ce sujet. Les uns, tels que MM. *Wensel*, les professeurs *Boyer*, *Roux* et *Marjolin*, accordent la préférence à l'extraction; tandis que le déplacement est presque exclusivement adopté par *Scarpa*, *Callisen*, *Bell*, M. *Dubois* et M. le professeur *Dupuytren*.

Traitement consécutif à l'opération.

Quelle que soit la méthode dont on fait choix pour opérer la cataracte, il n'est pas rationnel d'engager les malades à distinguer les objets qui les environnent; cependant on a l'habitude de le faire, autant pour s'assurer du succès de l'opération que pour procurer un instant de bonheur à celui que l'on vient d'opérer. Mais on sera toujours très-circonspect lorsqu'on réfléchira combien doit être exquise la sensibilité de la rétine, après avoir été plus ou moins long-temps privé de l'influence de la lumière.

L'œil sera recouvert d'un plumasseau de charpie fine ou d'une compresse pliée en double, que l'on soutiendra par un bandeau qui doit couvrir les deux yeux. On placera le malade dans une chambre obscure, ou bien on entourera son lit de rideaux épais qui ne laisseront passer que de faibles rayons lumineux; il sera couché sur le dos, la tête un peu élevée, afin d'éviter toute congestion sanguine vers cette partie. Les jours suivans, on fera sur les paupières quelques lotions avec une décoction émoliente ou mucilagineuse. Le malade sera tenu à une diète très-sévère, à l'exception cependant des vieillards et des sujets affaiblis, auxquels il faut accorder quelques alimens restaurans. On prescrira des boissons rafraîchissantes, légèrement laxatives; et s'il survient de l'inflammation, il faudra la combattre par les moyens les plus énergiques, comme dans les ophthalmies les plus aiguës.

Lorsqu'à la suite de l'opération il ne survient point d'accidens, la cicatrisation de la cornée se fait par première intention, et est achevée dans l'espace de sept à huit jours. On ne doit commencer à rendre peu à peu la lumière à la chambre du malade ou à diminuer chaque jour l'épaisseur des rideaux de son lit que lorsqu'il n'existe plus la moindre trace d'inflammation; encore faut-il, lorsque les yeux sont capables de supporter la clarté du jour, recommander au malade de faire usage d'un garde-vue de taffetas vert.

Mais il ne faut pas le priver trop long-temps de l'influence du grand jour, car la sensibilité de la rétine pourrait devenir si vive, que l'on aurait beaucoup de peine à lui faire supporter l'action de la lumière. Le chirurgien devra donc mettre tous ses soins pour conduire son malade jusqu'à parfaite guérison.

Dans le plus grand nombre des cas, quelle que soit la méthode que l'on ait employée, lorsqu'aucune maladie n'est venue troubler le succès de l'opération, si elle a été faite dans des circonstances favorables, les malades ont recouvré la faculté de voir pour long-temps, et même quelquefois pour le reste de leur vie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect. 5, aph. 24.*

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect. 2, aph. 46.*

III.

A sanguinis sputo, puris sputum, malum. *Sect. 7, aph. 15.*

IV.

Qui sanguinem spumosum expuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect. 5, aph. 13.*

V.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect. 2, aph. 19.*

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect. 7, aph. 1.*

